

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom/institution	Simone Bürge Desorgher eidg. anerkannte Psychologin und Psychotherapeutin
Prénom*	_____	RCC ou GLN	U1306.32
Date de naissance	_____ Sexe	Adresse	Monbijoustr. 35 3011 Bern
Assurance*	_____	Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/>
N° assurance*	_____		_____
Rue*	_____		_____
NPA/localité*	_____		
Téléphone*	_____		

Prescription*			
Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.)	<i>Prière de ne cocher qu'une seule case.</i>
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)		
	<input type="checkbox"/> Traitement après 30 séances		

Traitement
Remarques sur le traitement

Médecin prescripteur	Date*
Nom*	_____
Téléphone*	_____
E-mail	_____
RCC ou GLN*	_____
Adresse*	_____
